

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

949

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre ESTÈVE

Né le 26 mars 1915, à Chateldon (P-de-D)

SUR

QUELQUES CAS DE SYPHILIS FÉBRILE

OBSERVES DANS UN SERVICE DE CONTAGIEUX

Président : M. A. LEMIERRE, Professeur

Édité par l'IMPRIMERIE TANCRÈDE

15, RUE DE VERNEUIL — PARIS (7°)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre ESTÈVE

Né le 26 mars 1915, à Chateldon (P-de-D)

SUR

QUELQUES CAS DE SYPHILIS FÉBRILE

OBSERVÉS DANS UN SERVICE DE CONTAGIEUX

Président : M. A. LEMIERRE, Professeur

Édité par l'IMPRIMERIE TANCRÈDE

15, RUE DE VERNEUIL — PARIS (7^e)

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	MONDOR.
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale.....	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive.....	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LOEPER.
Clinique des maladies des enfants	CARNOT.
Clinique des maladies mentales et des maladies	CLERC.
de l'encéphale	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEREBoullet.
Clinique des maladies du système nerveux....	NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements	CUNEO.
Clinique gynécologique	GOSSET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	GREGOIRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	LENORMANT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	TERRIEN.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique propédeutique	COUVELAIRE.
Clinique de la Tuberculose	JEANNIN.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte..	LEVY SOLAL.
Clinique de cardiologie.....	MOCQUOT.
Clinique de neuro-chirurgie	OMBREDANNE.
Assistance Médico-sociale	RATHERY.
Professeurs sans chaire.....	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	M. VILLARÉ.
	TROISIÉRE.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Étienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY-RADOT	} Clinique chirurgicale.
SEZARY	
BASSET	
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	} Clinique obstétricale.
VELTER	
ECALLE	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

AUX MIENS, A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur André LEMIERRE

Professeur de Clinique des Maladies Infectieuses

Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard

*En hommage de ma reconnaissance
et de mon dévouement.*

A MON MAÎTRE

Monsieur le Professeur Henri MONDOR

Professeur de Pathologie Externe

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

Membre de l'Académie de Chirurgie

*En témoignage de mon profond
respect et de mon attachement.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur A. LAPORTE

Médecin des Hôpitaux

Hommage respectueux

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur BEZANÇON

Monsieur le Professeur OMBREDANNE

Monsieur le Professeur BAUDOIN

Monsieur le Professeur Guy LAROCHE

Externat.

Monsieur le Docteur JACOB

Monsieur le Docteur FAURE-BEAULIEU

INTRODUCTION

Nous tenons, dès l'abord, à rendre hommage à M. le Professeur Lemierre, à qui nous devons l'idée de ce travail et la totalité des observations, pour le précieux enseignement qu'il nous a donné durant notre séjour à la clinique des maladies infectieuses.

Durant cette année, nous avons pu constater la difficulté, la diversité des diagnostics posés par les maladies infectieuses. De nombreuses infections peuvent, en effet, les simuler et être rencontrées aux pavillons de l'érysipèle, des angines, des fièvres éruptives.

Parmi celles-ci, la syphilis doit être envisagée de façon plus spéciale. En effet, il est loin d'être exceptionnel de constater à une période quelconque de son évolution l'apparition d'une poussée fébrile, à laquelle peut s'associer une angine, une éruption de caractères variables.

Aussi, nous proposons-nous d'étudier quelques cas de syphilis tant primaire que secondaire ; que nous avons observé dans un service de contagieux et qui ont causé le diagnostic d'une angine ou d'une fièvre éruptive, rubéole ou même variole.

Dans tous les cas, la syphilis s'accompagnait d'une fièvre modérée, remarquable par sa résistance à tout agent thérapeutique banal, mais cédant au traitement spécifique avec une célérité remarquable.

HISTORIQUE

Si les premières études cliniques de la syphilis signalent la présence possible de fièvre, elles insistent sur le caractère modéré, sur l'inconstance de cette dernière.

Un des premiers syphiligraphes, Nicolas Léonicede, ne déclare-t-il pas : « C'est une règle presque générale que les malades atteints du mal français sont exempts de réaction fébrile ; si la fièvre se montre en quelques occasions, elle est toujours si faible qu'ils en ont à peine conscience ».

Mathiode de même déclare que « la forme bilieuse de cette maladie s'accompagne d'une petite fièvre soit du mode tierce, soit du mode étique ».

L'opinion de Swebaun est analogue ; aussi, peut-on considérer que pour les vieux auteurs c'est presque un axiome de déclarer que la syphilis évolue sans fièvre.

Cependant, il faut bien noter que la confusion qui a longtemps régnée entre les diverses maladies vénériennes enlève beaucoup de valeur à ces descriptions cliniques.

Fournier le premier étudie de façon systématique et méthodique, à l'hôpital de Lourcine, la question de la fièvre syphilitique, lui consacre un chapitre dans son traité ruinant le dogme de la syphilis apyrétique. Cette fièvre est, selon lui, un symptôme relativement fréquent observé dans un tiers des cas, surtout chez la femme

jeune et à l'hôpital, elle accompagne surtout les éruptions secondaires généralisées pouvant être rapprochées des exanthèmes, des fièvres éruptives.

D'ailleurs, la poussée thermique tantôt accompagne l'éruption, tantôt la précède, parfois même survient, isolée, « essentielle », n'étant accompagnée d'aucun autre symptôme.

Elle peut prendre des allures les plus diverses, soit qu'il s'agisse de fièvre irrégulière, soit qu'il s'agisse, au contraire, de fièvre continue pouvant même simuler une fièvre typhoïde.

Mais quoiqu'il en soit, un fait domine : c'est l'importance, c'est l'efficacité remarquable du traitement anti-syphilitique qui seul en vient à bout.

Combattue en son temps l'opinion Fournier fut récemment reprise, complétée par de nombreuses observations, signalant la présence de fièvre lors d'une période quelconque de la syphilis.

A PROPOS DE LA SYPHILIS FÉBRILE

Si, Fournier, le premier, montra la fréquence, l'importance de l'élévation thermique au cours de la syphilis, il n'envisagea que la période secondaire de la maladie. La température était pour lui caractéristique de la période de généralisation accompagnant en effet l'éruption secondaire, la roséole, les syphilides papuleuses, les plaques muqueuses.

De nombreux auteurs sont revenus sur cette opinion.

On peut, en effet, observer un état fébrile dès la période contemporaine du chancre ne relevant ni d'une infection collatérale, ni d'une infection secondaire. A l'époque du chancre, on peut donc observer une fièvre légère sans doute, mais digne d'intérêt puisque due à l'unique présence du tréponème. Milian et Mouquin déclarent que si la fièvre n'est pas de règle à l'époque du chancre, elle n'est pas exceptionnelle non plus ; relevant 4 réactions fébriles sur 21 cas observés (fièvres syphilitiques primaires).

Cette réaction fébrile est le plus souvent une découverte d'examen. Il ne s'agit en effet que d'une fébricule entre 37°2 et 38° au maximum, sans troubles particuliers. Signalons cependant qu'un cas de chancre avec température à 40° a été signalé (Gailleton).

Mais c'est sans doute au cours de la syphilis secondaire que la fièvre est le plus généralement rencontrée. Les faits observés peuvent rentrer dans deux groupes :

Tantôt la température s'associe à une éruption d'ail-

leurs de type et d'intensité variables, pouvant poser des diagnostics délicats avec une rubéole, une rougeole, une variole ; surtout lors d'éruptions importantes confluentes, telles que les roséoles, les syphilides, la fièvre peut d'ailleurs accompagner l'éruption ou au contraire survenir comme signe avant-coureur. Elle peut être élevée et dure en général quelques jours. Tantôt, au contraire, l'élévation thermique revêt le type de la typhose syphilitique, délicate à reconnaître puisque isolée. Sa durée est variable, quelques jours, quelques semaines. Son importance est variable, tantôt modérée vers 38° et 38°5, tantôt très marquée vers 40°.

Il s'y associe un pouls rapide, non dissocié ; le facies est le plus souvent pâle, non vultueux ; on constate souvent l'existence de quelques frissons, de troubles digestifs. Les diagnostics les plus variables peuvent être posés, tels qu'une typhoïde, une mélitococcie, une tuberculose aiguë ; basé sur la négativité des enquêtes de laboratoire, le rôle du traitement spécifique surtout.

Parfois, la température est de type intermittent, pseudo-palustre, avec accès parfois réguliers.

On constate assez fréquemment l'existence d'une splénomégalie.

Dans d'autres cas, la température est irrégulière, pouvant prendre un type ondulant.

Au cours de la syphilis tertiaire enfin, une poussée thermique peut être observée. Cependant, l'existence de fièvre syphilitique tertiaire isolée est exceptionnelle, discutable même pour certains, pouvant marquer le début d'une localisation jusque-là cachée.

Au contraire, les localisations viscérales s'accompagnent volontiers d'élévations thermiques. Dès la période secondaire, on peut noter l'existence de localisations

méningées ou viscérales (hépatite, néphrite), accompagnées de fièvre.

Durant la période tertiaire, les accidents les plus divers peuvent être fébriles. Ce sont surtout les localisations hépatiques qui, par leur fréquence, doivent être retenues (observations de Gerhardt, Wunderlich, Gilbert, Chiray, Caussade), qu'il s'agisse de lésions gommeuses ou scléro-gommeuses.

Plusieurs cas de syphilis pulmonaires fébriles ont pu être de même rapportés.

Cependant, les autres localisations fébriles (splénique, rénale, articulaire, ganglionnaire) restent exceptionnelles.

Une observation d'arthropathie tabétique aiguë, fébrile a été rapportée (Lemierre et Kindberg).

Chez l'enfant, enfin, un état fébrile a pu être observé au cours d'une hérédospecificité, d'une méningite syphilitique.

A l'hôpital Claude-Bernard, nous avons pu observer des syphilis fébriles avec une certaine fréquence ; nous en rapportons quelques observations.

Dans un cas, il s'est agi d'un chancre de l'amygdale, traduit uniquement par une amygdalite droite avec enduit dyphtéroïde et grosse adénopathie du même côté. Mais cette angine était remarquable par la longue durée de son évolution avec état fébrile ou sub-fébrile ; d'autre part, sa dureté tumorale. Il s'agissait, en outre, d'une maladie professionnelle sur laquelle l'action du traitement fut remarquable.

Ces chancres de l'amygdale revêtent schématiquement trois formes : érosive, ulcéreuse avec ulcération recouverte de fausses membranes, angineuses enfin avec amygdalite.

Dans tous ces cas, il faut insister sur l'unicité de ces chancres, leur unilatéralité, leur caractère douloureux, l'état fébrile qui les accompagne. Ils posent un diagnostic souvent délicat, avec une amygdalite chancriforme de Vincent, une angine à monocytes.

Les autres observations relatées sont celles de syphilis fébrile avec éruption roséoliforme ou varioliforme. Le début a été tantôt brutal, tantôt insidieux ; une angine était associée dans l'un des cas.

Dans tous ces cas, il faut insister encore sur l'action remarquable du traitement antisiphilitique faisant rétrocéder avec rapidité tant l'angine que l'éruption. Il s'est agi d'un traitement énergique par le cyanure de mercure, ou le novar associés au bismuth.

OBSERVATION N° I

Mme N..., âgée de 31 ans, sans profession définie, est prise le 20 octobre 1935 d'une céphalée extrêmement vive, à prédominance occipitale, s'exagérant en paroxysmes intolérables, rebelle à tous traitements.

Au bout de dix jours, une dysphagie douloureuse apparaît s'accompagnant d'une tuméfaction volumineuse de l'amygdale droite, puis au bout de quelques jours d'adénopathies cervicales, la température reste très modérée, n'excédant pas $37^{\circ}8$; on prescrit alors des gargarismes banaux, une injection de propidon, qui reste, il est vrai, inefficace.

Dans ces antécédents personnels, on retrouve, d'une part, l'existence d'amygdalites multiples, d'un phlegmon amygdalien quelques années auparavant ; d'autre part, les réactions de Bordet-Wassermann, pratiquées tous les trois mois ont toujours été négatives.

Le 2 novembre, elle est envoyée à Claude-Bernard, dans le service du Professeur Lemierre, où une injection de 30.000 unités de sérum antidiphthérique est par prudence pratiquée.

La malade est alors pâle, fatiguée, légèrement fébrile ($38^{\circ}2$) à son entrée. Le pouls bat à 100, la tension est à 10,5-6 ; d'autre part, elle n'accuse qu'une dysphagie peu intense, ne se plaint d'aucun trismus.

Au contraire, on remarque une amygdale droite énorme, dure et douloureuse au toucher, saillante, recouverte d'un enduit blanchâtre, peu épais, facile à détacher avec une ulcération superficielle.

Les adénopathies sont strictement droites sous-angulo-maxillaires, saillantes, déformant, empâtant la région, très dures, non douloureuses, réunies par une périadénite surtout marquée à la partie postérieure. Le reste de l'examen somatique ne révèle qu'une splénomégalie percutable.

On ne retrouve ni éruption, ni plaques muqueuses. L'examen hématologique donne la formule suivante :

Hématies	4.500.000
Leucocytes	7.500
Polys neutrophiles	72 %
Eosinophiles	1 %
Moyen mono	27 %

Lesensemencements de gorge restent négatifs.

Durant les jours suivants, la température oscille entre $37^{\circ}2$ et 38° , l'amygdale ne se modifie pas, seule l'exsudat devient plus épais.

L'adénopathie reste stationnaire à droite, mais s'étend au côté gauche et à la région occipitale.

Mais si lesensemencements de gorge, si l'examen ultramicroscopique de l'exsudat amygdalien reste négatif,

tif, les réactions de Hecht, de Bordet-Wassermann, de Kahn, de Desmoulières, pratiquées se montrent fortement positives.

Le 9 novembre, la température s'élève à 39°, le traitement mercuriel est alors institué sous forme de 1 centigramme de cyanure qui sera répété le lendemain.

Le 11 novembre, l'amygdale a diminué de volume, l'exsudat a disparu, mais l'apparition de diarrhée sanglante doit immédiatement faire interrompre le traitement.

On institue dès le lendemain un traitement par le novarsénobenzol auquel on adjoint le traitement bismuthique.

Sous son influence, rapidement les phénomènes amygdaliens cèdent, l'exsudat, l'adénopathie disparaissent.

La gorge est redevenue normale le 18 novembre, seul persiste un ganglion sous-angulo-maxillaire droit.

Le traitement arsenical et bismuthique est poursuivi.

La malade sort de l'hôpital le 28 novembre.

OBSERVATION N° 2

Lucienne G..., 28 ans, journalière, entre le 27 avril 1937 à l'hôpital Lariboisière pour une éruption faciale prédominant au front, puis sort au bout de cinq jours.

Le 9 mai, une dysphagie vive apparaît, s'accompagnant d'élévation thermique à 38°-39°.

Le traitement par le bleu de méthylène n'amène qu'une cessation passagère de l'angine ; bientôt, une reprise, une poussée thermique à 39°, commandent son entrée à l'hôpital Claude-Bernard, le 24 mai.

Une injection de 30.000 unités de sérum antidiphthé-

rique y est pratiquée, l'ensemencement de gorge est négatif.

Le lendemain, la malade apparaît très asthénisée, très amaigrie, la température à $36^{\circ}6-38^{\circ}6$, la tension à 10,5-7. La voix est rauque, la dysphagie violente. L'examen montre des amygdales rouges, saillantes et oédémateuses, recouvertes d'un enduit blanchâtre, difficile à détacher, présentant en outre une exulcération. Les adénopathies sous-angulo-maxillaires sont importantes, s'étendant de la chaîne carotidienne, presque jusqu'au creux sus-claviculaire.

D'autre part, on note sur la face et surtout sur le front l'existence de papules dures et infiltrées ne s'étendant pas au reste du corps.

On ne note ni plaques anales, ni vulvaires, la chute des cheveux est notable. Il n'existe, par contre, pas de céphalée, les urines sont normales.

Un traitement par le cyanure de mercure est alors appliqué (1 centigramme le jour même), mais le lendemain une diarrhée s'installe, la température est alors à $37^{\circ}9-38^{\circ}2$; on pratique alors un traitement par le novarsénobenzol (0 gr. 15).

Le 27 mai, l'état ne se modifie guère, la température tombe alors à $37^{\circ}3-37^{\circ}4$.

Le jour suivant, les papules se sont affaissées ; la gorge est moins tuméfiée, moins douloureuse, l'exsudat se désagrège. La malade se sent mieux, l'appétit revient. La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée est fortement positive.

Les jours suivants, les lésions pharyngées et cutanées s'atténuent peu à peu, la température revient peu à peu à la normale, l'état général se rétablit.

Le traitement par le novar est poursuivi . le 12 juin

enfin la peau, la gorge sont normales, l'état général est excellent, la malade sort de l'hôpital, son traitement devant être continué à l'hôpital Saint-Louis.

OBSERVATION N° 3

Mme N..., 47 ans, est prise brusquement durant la nuit du 11 décembre 1936 d'une céphalée très vive, qu'accompagnent des frissons, des nausées, des courbatures généralisées avec une dysphagie violente.

Le lendemain, tous les symptômes : la rachialgie, la céphalée, restent aussi intenses ; d'autre part, la température s'élève à 38°2, aussi interrompt-elle son travail et s'alite-t-elle.

Le 13 décembre, l'éruption apparaît.

Le 14, elle entre à l'hôpital Claude-Bernard, envoyée avec le diagnostic d'éruption rubéoliforme.

La fièvre est alors élevée à 39°4, le pouls rapide bat à 96, la tension est à 9-4.

La malade se plaint de fatigue, d'asthénie, l'insomnie est marquée, la céphalée vive.

L'éruption est intense, faite d'éléments rose pâle, légèrement papuleux, durs, un peu rugueux, très espacés de 7 à 10 millimètres de diamètre, disséminés sur tout le corps, mais respectant la face.

Sur la face cutanée des grandes lèvres, on note des éléments papuleux d'environ 5 millimètres de diamètre rose vif.

La langue est saburrale, le pharynx normal.

On note la présence de ganglions inguinaux, gros, durs, un peu douloureux ; d'un ganglion épitrochléen.

La rate est perceptible sur trois travers^e de doigt, les urines normales.

L'état névropathique est très accentué, l'hyperesthésie généralisée, les mouvements sont désordonnés, on note une hyperréflexivité.

La malade accuse des crampes, des fourmillements, des douleurs à la miction.

L'examen hémathologique révèle :

Leucocytes	12.900
Polys neutrophiles	83 %
Monocytes	17 %

Le 16 décembre, au cours de la nuit, la malade accuse de nombreux frissons, la température ayant durant la nuit oscillé entre 38°8 et 38°2 s'élève à 39°7, le pouls s'accélérait jusqu'à 96.

L'hémoculture pratiquée reste, il est vrai, négative.

Le 17 décembre, de nombreux frissons surviennent durant la nuit ; la céphalée, la rachialgie s'exagèrent ; cependant, on ne note pas de signe de Kernig.

La température est toujours à 38°2.

Le lendemain la température ne varie pas ; la réaction de Bordet-Wassermann pratiquée se montre fortement positive.

Le 19 décembre, la température s'élève à 38°7, puis atteint 39°8 au milieu de frissons.

L'examen hématologique montre :

Leucocytose	7.600
Polys neutrophiles	84 %
Monocytes	16 %

Le séro-diagnostic au T. A. B. est négatif.

Le jour suivant, la température reste à 38°8-38°3 ; l'azotémie est à 0 gr. 30.

On pratique une injection de 0.01 gr. de cyanure de Hg et 4 grammes de carbonate de bismuth. Malheureusement, la survenue d'une diarrhée accompagnée de douleurs abdominales doit faire interrompre cette médication. On institue alors un traitement par le novarsénobenzol, débutant prudemment par 0,05 gr. intra-veineux, le 22 décembre ; la température se maintient ce jour-là à 38°8-38°7.

Deux jours plus tard, elle fait abaisser à 37°9-38°2 ; on administre alors 0,15 gr. de novar ; signalons que le dosage de l'urée sanguine a donné un chiffre de 0 gr. 26.

Les jours suivants, la température se maintient entre 37°5 et 38°, puis elle tombe à 37°2-37°5, le 28 décembre. A la suite, on injecte ce jour-là 0 gr. 30 de novar.

Le 2 janvier, l'éruption a pâli, la fièvre s'est abaissée 37°2, 37°5 (0 gr. 45 de novar).

Le 7 janvier, la température est à 37°-37°5 (0 gr. 60 de novar).

Le 10 enfin, l'éruption a disparu, la malade est apyrétique ; elle quitte l'hôpital.

OBSERVATION N° 4

M. L..., 53 ans, ébéniste, présente brusquement le 2 avril 1938 des frissons, des courbatures, un malaise intense avec céphalalgie, accompagnée de pyrexie à 39°.

Les jours suivants, l'éruption apparaît débutant à la partie antérieure du thorax, s'étendant à la face, se généralisant peu à peu.

Cependant, la température s'est maintenue entre 38° et 38°5, des arthralgies intermittentes sont apparues aux deux genoux, à l'épaule gauche, obligeant le malade à

garder le lit : la céphalalgie persiste violente diurne et nocturne, accompagnée d'anorexie.

Il consulte le 11 avril à l'hôpital Laennec d'où on l'adresse à Claude-Bernard comme suspect de variole.

On est alors en présence d'un homme amaigri, pâle, hirsute, asthénisé, présente une température à 38°5, 38°2, avec pouls à 80 et une tension à 13-10.

Il présente une éruption importante faite d'éléments les plus divers : macules, papules, vésicules, serrés mais séparés, d'éléments d'âge différent, infiltrés, surélevés, de coloration rosée.

Certains éléments sont centrés par une croûte gris brunâtre entourée d'une desquamation en collerette. Les éléments sont remarquablement nombreux et de grande taille au front et au dos atteignant la paume des mains, la plante des pieds ; on remarque au cuir chevelu la présence d'éléments croûteux ; sur le scrotum et la verge, d'éléments suintants avec œdème de la verge.

Le reste de l'examen ne montre que quelques adénopathies inguinales, un foie dépassant légèrement les fausses côtes, la gorge, la bouche sont normales, la langue saburrale.

Les jours suivants, l'état général ne se modifie pas ; la température est entre 38° et 39°.

Le 18 avril, la fièvre est à 38°4-38°3.

L'examen hématologique montre :

Hémacytes	3.180.000
Leucocytes	10.200
Polys neutrophiles	60 %
Eosinophiles	2 %
Monocytes	30 %
Urée sanguine	0 gr. 36

Surtout les réactions de Bordet-Wassermann, de Hecht, de Kahn sont fortement positives.

Une injection de 0 gr. 15 de novarsénobenzol est pratiquée.

Le 19 avril, température à $38^{\circ}2-38^{\circ}3$; injection de 0 gr. 15 de novar.

Le lendemain, température à $38^{\circ}-37^{\circ}4$; 0 gr. 30 de novar.

Le 21 avril, la température s'abaisse à $37^{\circ}-37^{\circ}2$. L'apyrexie sera dès lors définitive.

Le 24 avril, une petite plaque muqueuse palatine apparaît.

Le traitement très énergique est poursuivi sous forme de novar dont 3 gr. 65 seront injectés associés à un traitement hydrargyrique (8 injections de cyanure suspendues lors de l'apparition d'une diarrhée importante et alors remplacées par 8 injections de bismuth.

Le 9 juin, le B.-W. est encore positif.

Le 16 juin, il ne reste que des taches pigmentaires sans infiltration ; le 20, enfin, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION N° 5

Mme L..., 26 ans, couturière, consulte le 1^{er} mai 1939 à l'hôpital Tenon pour une angine se traduisant par une dysphagie assez marquée et qui s'est installée d'une façon très progressive durant les trois semaines précédentes.

A cette angine s'associe une asthénie importante, un état de malaises, une céphalée vive et surtout une fièvre modérée ne dépassant pas 38° , mais persistante et résistant à toute thérapeutique.

Le prélèvement pratiqué montre à l'examen direct une flore très complexe ; après culture, du bacille diphthérique court, aussi la malade est-elle adressée à l'hôpital Claude-Bernard, le 5 mai.

On est alors en présence d'une malade pâle, asthénisée, présentant une température à 38°5.

On note l'existence d'une angine rouge bilatérale ; l'amygdale droite est tuméfiée, légèrement anfractueuse du côté gauche, on note quelques points pultacés.

On pratique l'injection de 10.000 unités de sérum antidiptérique.

Les adénopathies sous-angulo-maxillaires sont importantes, bilatérales, surtout marquées à gauche.

D'autre part, on note la présence de quelques ganglions inguinaux légèrement hypertrophiés et douloureux.

Surtout, on note la présence d'une éruption généralisée à tout le corps, mais prédominant à la face.

Cette éruption est faite d'éléments papuleux, rouge vif, dont certains sont entourés d'une desquamation en collerette, infiltrés ; leur taille est variable de 3 à 5 millimètres environ.

On note, en outre, la présence d'éléments muqueux sur la conjonctive palpébrale gauche, sur la grande lèvre du même côté, de taille assez importante.

L'examen somatique est par ailleurs normal ; il n'existe pas de splénomégalie.

Dans ses antécédents, on note qu'une réaction de Bordet-Wassermann fut pratiquée sept ans auparavant lors d'une grossesse et fut alors positive. Un traitement antispécifique alors institué fut interrompu au bout d'un an.

Dès le lendemain, un traitement antisypilitique est

institué ; elle reçoit 1 centigramme de cyanure de mercure associé à 4 grammes de carbonate de bismuth.

La température étant ce jour-là à $37^{\circ}4-37^{\circ}8$.

La température est encore le lendemain à $37^{\circ}4-37^{\circ}6$, mais dès le 8 mai, la malade est apyrétique et le restera.

Rapidement, l'éruption pâlit, l'élément palpébral diminue, la plaque muqueuse s'efface.

Une réaction de B.-W. est nettement positive. Le traitement est poursuivi (6 injections de cyanure, 2 injections de novar, 0 gr. 15 et 0 gr. 30) sans incident jusqu'à sa sortie le 15 mai.

CONCLUSIONS

La possibilité d'un état fébrile au cours de l'une quelconque des périodes de la syphilis a été bien établie par les observations de Fournier, puis celles des auteurs modernes.

La fièvre peut en effet être observée au cours de la syphilis primaire, contemporaine du chancre, à la période présérologique de la maladie.

D'autre part, au cours de la période secondaire, un état fébrile peut être observé accompagnant ou précédant une poussée éruptive du type le plus variable.

Cette température étant de durée, de type, d'intensité variables.

Il est même possible d'observer une fièvre essentielle isolée, sans autres symptômes associés, d'allure clinique variable et pouvant réaliser la typhose syphilitique de Landouzy.

Enfin, à la période tertiaire, une élévation thermique peut survenir exceptionnellement isolée ; très fréquemment associée au contraire à une détermination viscérale, hépatique surtout.

Nous avons pu rapporter quelques cas de syphilis fébrile observés dans un service de contagieux, qui avaient posé un diagnostic délicat avec une angine ou avec une fièvre éruptive (roséole ou variole).

Ces quelques cas illustrent bien la relative fréquence

de la pyrexie au cours de la syphilis et la multiplicité des diagnostics qu'elle peut soulever.

Signalons, enfin l'efficacité remarquable du traitement spécifique contre toutes les manifestations de la maladie et l'intérêt diagnostic qu'il présente.



Vu :

LE DOYEN,
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
A. LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — A propos de la syphilis fébrile (*Société Médicale des Hôpitaux*, mars 1921).

L. K. BALAANY. — Fever in tertiary syphilis (*Report of 2 cases*, november 1931).

BLOCH. — Fièvre prolongée unique symptôme de syphilis anciennes méconnues (*Presse Médicale*, 1934, page 432).

CAUSSADE. — Un cas de syphilis fébrile avec hémorragies (*Société Médicale des Hôpitaux*, mai 1924).

CHIRAY et CAUVY. — La syphilis fébrile (*Presse Médicale*, 1921, page 1031).

COICOU. — Syphilis et grandes manifestations fébriles à forme intermittente (*Annales de Médecine Haïtienne*, mars-avril 1934).

COUTEAUX. — De la fièvre syphilitique (*Thèse Paris*, 1931).

DEBRÉ. — Syphilis hépatique avec fièvre (*Société de Pédiatrie*, 20 novembre 1923).

DEBRÉ, CORDAY et BERTRAND. — Syphilis fébrile (*Journal des Praticiens*, 22 décembre 1923).

DUMONT, Georges. — Syphilis fébrile (*Sud-Médical et Chirurgical*, 15 février 1935).

FAVRE et CONTANIN. — Remarques à propos de quelques cas de syphilis fébrile.

JEANSELME et BLOCH. — Les pyrexies syphilitiques (*La Médecine*, novembre 1934).

LIOTARD. — La syphilis tertiaire fébrile (*Thèse Paris*, 1925).

MICHEL. — Contribution à l'étude des fièvres syphilitiques (*Thèse de Lyon*, 1922-1923).

MILIAN. — Fièvres syphilitiques secondaires prolongées (*Revue Française de Dermato-vénéréologie*, 1928, page 132).

MILIAN et MANGUIN. — Fièvres syphilitiques primaires (*Société Française de Dermatologie*).

MORIN. — (*Thèse de Paris*, 1888).

PEYROT. — Quelques observations de syphilis fébrile pseudo-palustre (*Marseille Médical*, juin 1932).

PLICQUE. — La fièvre de la syphilis (*Progrès Médical*, 1923).

P. VALERY-RADOT. — Méningite syphilitique fébrile avec coma (*Bulletin de la Société de Pédiatrie*, janvier 1927).

Clément SIMON. — Sur un cas de fièvre syphilitique présérologique (*Bulletin Médical*, 20 juillet 1935).

TERRIEN. — Syphilis hépatique avec fièvre (*Société de Pédiatrie*, 20 novembre 1923).

WILLIAM et MOUQUIN. — Fièvre syphilitique primaire (*Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1920).



